

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO



Artigo de Revisão
Mestrado Integrado em Medicina

Prescrição de Medicamentos Opióides em Portugal

Maria Vilela Ferreira

Orientador
José Romão

Porto, Junho de 2014

Título

Prescrição de Medicamentos Opióides em Portugal

Aluna

Maria Rita Oliveira Vilela Ferreira

Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Contacto: mariarvilela@gmail.com

Orientador

José Manuel Soares Malheiro Romão

Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia do Centro Hospitalar do Porto, EPE – Hospital de Santo António

Assistente Convidado de Terapêutica I e II do Ciclo Clínico do Mestrado Integrado em Medicina

Índice

Resumo	3
Abstract	4
Índice de Abreviaturas	5
Introdução	6
Metodologia	8
Corpo de Revisão	10
Definição e Avaliação da Dor	10
Etiologia	13
Epidemiologia e Características Socioculturais	14
Custos Financeiros e Utilização dos Serviços de Saúde	18
Características do Prescritor passíveis de influenciar a Prescrição	19
Conclusão	22
Referências Bibliográficas	23

Resumo

Introdução: Hoje equiparada a 5º sinal vital, a dor é uma das principais causas que levam à procura de cuidados de saúde, sendo fonte de sofrimento e perda de qualidade de vida. Os profissionais de saúde mais frequentemente referidos como tratadores da dor são os Médicos de Família.

Objetivos: O objetivo do presente trabalho, dirigido aos Médicos de Família, é a apresentação de uma revisão bibliográfica da caracterização do consumo de analgésicos em Portugal e identificação de características do prescritor passíveis de a influenciar. A revisão bibliográfica baseia-se na consulta de artigos referenciados na base de dados PubMed, revista DOR, Ata Reumatológica Portuguesa e Revista Portuguesa de Saúde Pública, publicados entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de Dezembro de 2013.

Desenvolvimento: Aborda-se a definição de dor, seus aspetos classificativos mais importantes e sua etiologia. De seguida são discutidas as características dos doentes e clínicos que possam influenciar a prescrição analgésica.

Conclusões: Género, etnia, idade e nível socioeconómico são das principais características dos doentes que influenciam o raciocínio clínico e prescrição de medicamentos opióides fortes. Relativamente aos médicos, género, idade, experiência clínica, especialidade e formação específica em dor foram dos fatores que demonstraram exercer maior influência na decisão da prescrição de analgésicos opióides fortes. Não foram encontrados estudos portugueses relativos à influência das características dos prescritores e doentes na prescrição de opióides.

Palavras-chave: Analgésicos; Opióides; Medicina Geral e Familiar; Cuidados Saúde Primários; Dor.

Abstract

Introduction: Today recognized as 5th vital sign, pain is one of the main causes for the utilization of primary health services and is commonly referred to as a high source of suffering and low quality of life. General practitioners are frequently reported as the main managers of this issue.

Objective: The main goal of this study is the presentation of an updated review of analgesic prescription in Portugal and identification of provider characteristics that may influence it, specially designed for General Practitioners. Review of literature included PubMed, DOR Magazine, Ata Reumatológica Portuguesa and Revista Portuguesa Saúde Pública, from the 1st January 1991 till 31st December 2013.

Development: Definition of pain, its evaluation and its etiological aspects are discussed. Physicians and patients characteristics that may influence analgesic prescription are then debated.

Conclusion: Gender, ethnicity and social-economic background are the main characteristics that influence physicians' line of reasoning and opioids prescription. When taking into consideration physicians' characteristics, gender, age, clinical experience, specialty and specific knowledge about pain were the ones that demonstrate to influence opioids prescription. There were not found Portuguese studies about the influence of physicians and patients characteristics in opioids prescription.

Key-Words: Analgesics; Opioid; General Physician; Primary Health Care; Pain.

Índice de Abreviaturas

AINE – Analgésico Anti-Inflamatório Não Esteróide;

DC – Dor Crónica;

EUA – Estados Unidos da América;

IASP – International Association for the Study of Pain;

MF – Médico de Família;

MOF – Medicamento Opióide Forte;

SNC – Sistema Nervoso Central;

SNP – Sistema Nervoso Periférico.

Introdução

A dor apresenta uma complexidade de facetas que muitas vezes nos indicam que algo não corre tão bem cortando frequentemente o difícil equilíbrio do organismo. O paradigma do seu tratamento e a eficácia do mesmo é um dos objetivos preponderantes em todos os serviços de saúde e de todos os seus profissionais. A natureza pluridimensional da dor é, na realidade, bastante complexa, dado que conjuga vertentes bio fisiológicas, psicossociais, comportamentais, culturais e morais do próprio indivíduo. Trata-se também de um processo extremamente subjetivo, uma vez que a intensidade da mesma e, principalmente, as suas consequências, estão intrinsecamente dependentes do modo como o sujeito a irá vivenciar^{15,16,21,31,34,51}.

A dor pode ser classificada quanto à sua duração, fator de extrema importância para um correto diagnóstico do processo subjacente que a desencadeia e a implementação de uma terapêutica eficaz^{15,51}. Habitualmente, a dor aguda surge de forma súbita e persiste por um período relativamente curto. Dadas estas características, torna-se um alerta para a ocorrência de possível processo patogénico. A dor crónica é definida como uma dor persistente de duração igual ou superior a 3/6 meses e/ou que permanece após a cura da lesão que lhe deu origem. Ao invés de sintoma, a dor crónica é considerada doença^{15,31,34}.

Quer seja aguda ou crónica, a dor está associada frequentemente a uma alteração do quotidiano do indivíduo, que procura uma resolução para a mesma. A dor crónica, devido ao prolongado período que a caracteriza, moldará o doente e afetará de forma indelével a sua postura perante o quotidiano, as atividades que conseguirá/se proporá fazer e a qualidade de vida que poderá retirar de cada dia^{15,34,51}.

O tratamento da dor deve, então, adaptar-se ao doente, tomando não apenas uma mas as várias vias (farmacológica, psicológica, entre outras) disponíveis. Atualmente, existem vários meios que permitem um combate mais eficaz à mesma e uma

substancial melhoria da qualidade de vida. Um desses meios é a prescrição de analgésicos, sendo a maioria prescrita nos Cuidados de Saúde Primários ^{1,2,4,19,20,31,40,42,44}.

Os profissionais de saúde que são mais frequentemente referidos como o tratador da dor são os MF ^{1,2,4,19,20,31,40,42,44}. O tratamento da dor por estes profissionais deve abranger as várias modalidades disponíveis, mesmo no que se refere ao tratamento farmacológico, optando pelos vários tipos de fármacos existentes. Se porventura, em referência a uma dor ligeira a moderada o uso de paracetamol ou de AINEs seja o mais preconizado, numa dor moderada a intensa um analgésico opióide deve sempre ser ponderado como alternativa ^{31,51}. Existe, contudo, um grande tabu no que concerne à prescrição de opióides, principalmente à prescrição de MOFs ^{5,9,14,31,34,36,37,41,53}. Embora Portugal tenha avançado relativamente a diretrizes e medidas que favorecem o uso de analgésicos opióides fortes, verifica-se ainda uma grande relutância clínica, seja pela falta de experiência com a prescrição deste grupo de medicamentos, seja por conceitos prévios não totalmente corretos sobre os mesmos ^{31,45}. A resistência dos doentes aos MOFs é outro dos grandes obstáculos observados. O estigma referente aos MOFs não se centra apenas na comunidade médica, mas também em todos os estratos da população. O receio de desenvolver dependência e dos riscos inerentes à sua utilização, tornaram os opióides alvo de afastamento por parte de clínicos e doentes.

Metodologia

Foi conduzida uma pesquisa na base de dados PubMed para artigos científicos publicados entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de Dezembro de 2013. De modo a encontrar artigos referentes à prevalência de DC e a sua epidemiologia, bem como as taxas de prescrição de analgésicos e as características do prescritor passíveis de a influenciar, usaram-se os seguintes termos: *pain and ethnicity*, *pain management*, *opioids* e *primary health care*, *provider characteristics regarding chronic pain*. Esta pesquisa resultou em 78 artigos. Devido à ampla variedade de artigos disponibilizados, a autora limitou a pesquisa aqueles que apresentavam uma abordagem abrangente acerca de dor crónica, sua etiologia e epidemiologia, bem como as características populacionais e clínicas que influenciam a prescrição farmacológica. Desta forma, foram rejeitados 6 artigos por se basearem inteiramente no controlo e estudo da dor na comunidade pediátrica, 6 artigos por estudarem a dor no contexto de patologias específicas (DPOC, AR, fibromialgia, lesões espinais e anemia falciforme), 5 artigos por estudarem populações não ocidentais (comunidade de Taiwan e Índia), 4 artigos por avaliarem somente a dor pós-operatória, 3 artigos por estudarem a genética da dor, 3 artigos por centrarem o tratamento e estudo da dor em cuidados paliativos, 3 artigos por restringirem o seu estudo ao tratamento da dor nos serviços de urgência, 3 artigos por centrarem o seu estudo na dor da comunidade HIV positiva, 2 artigos por estudarem o controlo da dor no contexto de trauma, 2 artigos por versarem a avaliação da dor, 1 artigo por versar a qualidade dos serviços de urgência, 1 artigo por estudar a dor no contexto de demência, 1 artigo por abordar a dor em toxicodependentes e 8 artigos por não corresponderem aos pré-requisitos referidos. Após este processo de escolha, foram obtidos 32 artigos. De seguida, foram usados os termos *chronic pain*, *prevalence*, *costs* e *chronic pain, portugal*. Esta pesquisa resultou em 660 artigos, ordenando-se os mesmos por ordem de relevância. Foram analisados os primeiros 80

artigos, tendo sido selecionados 18 para estudo. Os restantes 62 foram rejeitados por se focarem em populações bastante restritas e/ou por não apresentarem os pré-requisitos definidos inicialmente.

Aquando o estudo de dois artigos – Identification of Provider Characteristics Influencing Prescription of Analgesics: A Systematic Review, de Deepmala et al., e Dor Crónica Não Oncológica: Crenças e Atitudes Referentes à Prescrição de Medicamentos Opióides Fortes nos Cuidados de Saúde Primários, de Leonor e Romão – a autora necessitou de uma análise mais aprofundada de algumas das referências bibliográficas mencionadas, tendo as mesmas sido examinadas e incluídas nesta revisão.

Por último, a pesquisa foi terminada com o acesso à publicação portuguesa DOR, Ata Reumatológica Portuguesa e Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Corpo de Revisão

Definição e Avaliação da Dor

A IASP define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. Este conceito tem sofrido várias mudanças ao longo do tempo, numa tentativa de abranger a enorme subjetividade associada à dor. A dor é um fenómeno primordial, que nos tem acompanhado ao longo de toda a nossa evolução e cujo significado não só varia entre indivíduos, como também se altera ao longo de todo o ciclo vital de um qualquer indivíduo. É crucial o seu controlo, de modo a minimizar a sua influência na vida do indivíduo. *São múltiplas as barreiras ao controlo da dor que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, em particular aos grupos mais vulneráveis. Apesar dos avanços, persistem mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – doentes, profissionais e instituições*³².

Como já referido, a dor pode ser dividida em aguda ou crónica, se a sua duração for inferior ou superior a 3/6 meses, respetivamente. Esta diferenciação auxilia o clínico no tipo de abordagem a tomar para definir a sua etiologia e consequente tratamento^{15,31,34,51}. No entanto, esta divisão é também um pouco arbitrária, podendo, em casos específicos, induzir em erro o raciocínio médico ou não contribuir eficazmente para o seu diagnóstico e consequente tratamento.

A dor aguda está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma função vital de aviso, indicando a possibilidade de uma lesão que pode ser tratada/revertida. O seu início é comumente súbito e a sua duração transitória (até aproximadamente 3 meses, como referido). Geralmente, a dor aguda representa uma resposta do organismo a um agente agressor. Um exemplo típico de dor aguda é a dor aguda do pós-operatório. Comparativamente, a dor crónica perde a sua função de alerta e a relação com a lesão/estímulo que a provocou. Passa

a estar presente na vida do indivíduo, mesmo que por períodos intermitentes mas de forma continuada, estando associada a situações prolongadas e, por vezes, incapacitantes^{29,30,31,33,34,43,51}. A intervenção precoce e atempada na DC poderá evitar procedimentos invasivos, desnecessários e possivelmente prejudiciais, promovendo mais facilmente o bem-estar do doente e o seu regresso a uma atividade produtiva normal^{20,31,51}.

De acordo com a IASP, a dor pode ser classificada quanto ao mecanismo fisiopatológico, sendo dividida em nociceptiva e neuropática. No tipo nociceptivo, estímulos mecânicos, térmicos ou químicos ativam os nociceptores das fibras Aδ e C desencadeando um sinal doloroso que será transmitido ao SNC. É a perceção desse sinal pelo cérebro que origina a sensação de dor. A dor nociceptiva pode ainda ser subclassificada em visceral (mal localizada, profunda, associada a distensão e/ou isquemia de vísceras) ou somática (bem localizada, de carácter rude e associada ao local e tipo de lesão). Relativamente à dor neuropática, pode estar associada ou não a lesão e encontra-se intensamente ligada a disfunção do SNC ou do SNP. Tal como a dor nociceptiva, também a neuropática pode ser dividida em central (se associada a disfunção do SNC) ou periférica (se a disfunção ocorrer a nível do SNP). Esta classificação é da mais extrema importância para a correta caracterização e consequente acompanhamento e terapêutica do indivíduo com dor, já que a sua abordagem clínica difere em cada tipo. A referida divisão é também útil no estudo etiológico da dor, uma vez que cada tipo de dor é indicativo de estímulos característicos (a título de exemplo, uma dor nociceptiva visceral típica é a desencadeada por obstrução intestinal; já uma dor neuropática pode ser a causada pela lesão neuronal decorrente de uma Diabetes Mellitus com vários anos de evolução)⁵¹.

Decorrente das diversas causas e tipos de dor, bem como do carácter intrinsecamente subjetivo que a mesma toma, é fundamental a sua correta avaliação. Sem que tal

precedente ocorra, o quotidiano do doente com dor será profundamente afetado e o mesmo será incapaz de manter uma qualidade de vida aceitável^{12,20,31,34,51}. Esta avaliação é também útil para o profissional de saúde, já que o orienta nas atitudes terapêuticas a tomar. Margo McCaffery³⁴ sublinha o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor, afirmando a prioridade do autorrelato, já que a *dor é aquilo que a pessoa que a vivencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe*. Com base nesses pressupostos, existem atualmente diversos instrumentos para a avaliação da dor, sendo que quase todos eles colocam em primazia a opinião e sensação do indivíduo com dor.

Etiologia

São as queixas do foro osteoarticular e músculo-esquelético as que mais contribuem para a alta frequência de DC^{1,2,3,5,16,19,25,26,27,29,43,45,47}. A lombalgia conta como a principal causa das referidas queixas. Um estudo português revelou que a região lombar e os membros são os locais mais comumente referidos para a origem da dor³. O mesmo estudo revelou que a osteoartrose e as lesões espinais são as patologias maioritariamente causadoras de dor. A dor de origem oncológica corresponde apenas a 3% de todas as causas de DC³. No entanto, o estudo que apurou esta frequência de DC de origem neoplásica não foi desenhado para a avaliação da mesma, tendo sido efetuado por entrevista telefónica. Dado que a dor de origem neoplásica surge frequentemente quando os doentes se encontram acamados ou internados, pode não ter sido dada oportunidade aos mesmos de serem inquiridos e, conseqüentemente, ter sido obtida uma frequência falsamente baixa. Ainda assim, estes dados estão de acordo com os obtidos na realidade ocidental^{5,17,19,24,25,27,29,30,43,47}. O facto de a DC ser comumente causada por patologias do aparelho músculo-esquelético revela-se de extrema importância, já que o acompanhamento destas doenças é feito principalmente pelos MFs e, por isso, torna-se cada vez mais premente a necessidade de uma formação de excelência para estes clínicos no que concerne ao correto diagnóstico de dor e seu tratamento^{1,2,3,5,17,19,24,25,27,29,30,43,45,47}.

Epidemiologia e Características Socioculturais

A prevalência de dor pode variar de acordo com a idade, condições de vida e com a saúde geral da população. Num estudo português publicado em 2012 de Azevedo e tal., a prevalência de DC, baseada na definição da IASP, era de 36,7%³. Os resultados revelaram que a DC atinge aproximadamente 54,2% das pessoas entre os 60 e os 64 anos, 55,9% das pessoas entre os 65 aos 69, 65,7% das pessoas na faixa etária dos 70 aos 74 anos e 62,5% das pessoas com mais de 75 anos³. Este crescendo observado com o aumento da idade é característico da prevalência da DC e mostra-se coerente com os registos obtidos até então^{5,17,20,24,25,27,29,30,43,47}. Um padrão de DC contínuo foi relatado por 17,2% dos indivíduos inquiridos³. DC de intensidade moderada a forte foi observada em cerca de 14,3% da população inquirida³. As atividades de vida diárias, a atividade profissional e o descanso do indivíduo com dor crónica são muitas vezes afetados^{5,17,20,24,25,27,29,30,43,47}. À semelhança da realidade ocidental, a maior prevalência de DC foi observada entre os mais velhos, reformados, desempregados e com menor grau de educação académica³. Um outro estudo centrado no norte de Portugal obteve dados semelhantes e demonstrou uma preponderância do sexo feminino no que concerne à prevalência de DC⁴⁵. As patologias osteoarticulares e músculo-esqueléticas afetam mais comumente as mulheres, facto que pode contribuir para uma maior incidência de DC na população feminina⁴⁵. O próprio envelhecimento cada vez mais acentuado da população ocidental, a que se alia uma crescente esperança média de vida, contribuem para o aumento da DC e para uma maior variabilidade de causa da mesma.

Dependendo da definição de DC utilizada, Portugal pode ser classificado como um país de baixa prevalência, quando comparado aos restantes países europeus. Um inquérito realizado em vários países europeus, em que Portugal não esteve incluído e que visava avaliar a prevalência de dor, revelou que aproximadamente 19% dos indivíduos afirmavam ter tido dor, de intensidade moderada a forte, nos últimos 6

meses⁵. O estudo de Azevedo et al. referido anteriormente e que verificou uma frequência de DC moderada a forte na população portuguesa de 14%, utilizou a mesma definição de dor que foi usada no inquérito a vários países europeus. Desta forma, pode ser estabelecido um paralelismo no que concerne a frequência de DC moderada a forte em Portugal e nos restantes países europeus (14% vs 19%, respetivamente). Uma entrevista mais aprofundada aos inquiridos que foram classificados no estudo como tendo DC mostrou que 66% sofriam de dor moderada e 34% afirmavam ter DC severa. 61% destes indivíduos revelaram que a DC afetava o seu trabalho, diminuindo a capacidade de execução do mesmo. Aproximadamente 19% tinham perdido o emprego devido à DC. Um outro estudo sobre a prevalência de DC na União Europeia revelou que 27% dos indivíduos entrevistados sofria de DC, resultados compatíveis com os encontrados nos países ocidentais^{5,17,20,24,25,27,29,30,43,47}. Os resultados de um estudo sobre a prevalência de DC nos EUA apresentaram uma prevalência de 30,7%. As mulheres tinham uma maior taxa de prevalência de DC, quando comparadas com o sexo masculino – 34,3% versus 26,7% respetivamente. Foi demonstrado que a prevalência de DC aumentava com a idade, resultados compatíveis com os divulgados até ao momento sobre as características populacionais da incidência da dor^{5,17,20,24,25,27,29,30,43,47}. Aproximadamente metade dos inquiridos neste estudo relataram sofrer de DC diariamente, semelhante à realidade europeia. Este estudo revelou também uma forte associação de DC com baixa condição socioeconómica.

Estudos portugueses demonstraram também uma clara correlação entre DC e a capacidade de trabalho. Foi demonstrado que os indivíduos com DC têm menores taxas de emprego, quando comparados com a população em geral. Gouveia e Augusto concluíram que a diferença entre a taxa de emprego das subpopulações com e sem DC está associada ao grupo etário de pertença²⁰. Esta diferença é mais pronunciada nos indivíduos de maior idade. O mesmo estudo obteve resultados

semelhantes a outros efetuados em países ocidentais, verificando um aumento do absentismo laboral e uma diminuição da produtividade nos trabalhadores que sofrem de DC. Um outro estudo português de 2002 estimou o custo indireto da obesidade em Portugal em 199,8 milhões de euros (cerca de 0,13% do valor do PIB de 2002), valor significativamente inferior à estimativa de Gouveia e Augusto para os custos indireto da DC²⁰.

Os estudos que se debruçaram sobre a influência étnica na prescrição analgésica são algo díspares. Uma investigação que decorreu nos EUA revelou que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre a raça/etnia do doente e a prescrição clínica de analgésicos⁴⁹. Essa mesma investigação demonstrou que mesmo tendo o doente características sociais desejáveis (como educação superior ou emprego de alta remuneração), estas não provaram exercer qualquer tipo de influência na decisão clínica sobre a terapêutica a prescrever. As conclusões desta investigação são compatíveis com outros estudos que concluíram não existir influência étnica, racial ou socioeconómica na prescrição analgésica. No entanto, outros estudos efetuados em território norte-americano revelaram que doentes pertencentes a minorias étnicas são mais propensos a ter a sua dor subavaliada pelo clínico assistente ^{6,8,14,35,36,37,38,39,40,46,48,54,55,57}. Da mesma forma, indivíduos afro-americanos ou hispânicos têm menos probabilidade de serem tratados com um opióide, em comparação com americanos caucasianos.

Um estudo norueguês mostrou os efeitos da urbanização na prescrição de MOFs, tendo concluído que nos centros mais urbanizados eram prescritos mais opióides, quando comparados com ambientes suburbanos ou rurais³². O mesmo estudo demonstrou uma associação entre a prescrição de analgésicos e o ambiente socioeconómico de origem do doente, revelando que quanto mais baixa era a origem social, maior a probabilidade de prescrição analgésica³².

Não foram encontrados pela autora estudos portugueses que demonstrem a relação

entre a origem étnica e sociocultural do doente e a sua possível influência no tratamento da dor.

Custos Financeiros e Utilização dos Serviços de Saúde

A dor apresenta-se como a principal causa para a procura de cuidados de saúde nos EUA, estimando-se que a mesma seja responsável por 100 biliões de dólares anuais de custos indirectos¹⁹. Um estudo efetuado pela Universidade Católica Portuguesa estimou os custos indirectos de DC de origem lombar e/ou articular em aproximadamente 739,85 milhões de euros. O referido estudo verificou também que são as mulheres, entre os 50 e os 59 anos, os indivíduos mais afetados por DC. O custo monetário estimado por perda de produção devido à DC representou 0,43% do PIB estimado para 2010²⁰. Os custos indirectos totais anuais estimados pelo absentismo de curto prazo devido à DC foram aproximadamente de 281 milhões de euros, com o custo médio anual do absentismo por trabalhadora estimado em 864 euros e por trabalhador em 496 euros, tendo uma média global de 678 euros²⁰.

Características do Prescritor passíveis de influenciar a Prescrição

Tal como as especificidades inerentes a cada doente podem influenciar o raciocínio clínico e marcar a terapêutica que poderá receber, também as características próprias de cada médico podem modificar a sua linha de pensamento e conceber diferentes terapêuticas para diferentes indivíduos que se apresentem com uma dor equiparável. Os pré-conceitos detidos inconscientemente por cada indivíduo, inclusive médicos, vão afetar indelevelmente a visão que o mesmo terá dos doentes. É difícil relembrar, após vários anos de prática clínica, que cada caso é realmente único, subjetivo, carente de opções terapêuticas e de seguimento individualizadas.

No que concerne à terapêutica farmacológica, a 5% dos europeus foi-lhes prescrito pelo médico assistente um MOF para o tratamento da DC, sendo que apenas 0,17% dos portugueses (3 indivíduos num universo de 5094) seguem essa mesma via terapêutica^{3,5,43}. Esta disparidade é reveladora do tabu existente na comunidade médica portuguesa referente ao uso de opióides. Num estudo realizado em 2009 em território português por Leonor e Romão, através de um inquérito proposto a MFs, para avaliar a sua possível relutância em relação à utilização de MOFs no tratamento de DC de intensidade moderada a severa, aproximadamente dois terços dos inquiridos (66,9%) classificaram favoravelmente a referida atitude³¹. Nesse mesmo estudo, apenas 15,6% dos inquiridos identificaram como desfavorável a prescrição de MOFs. Estes resultados vão de encontro a dados europeus e norte-americanos, tendo revelado que, mesmo com a existência de inúmeras diretrizes que suportam a evidência da necessidade de MOFs para um controlo efetivo da DC e que fornecem normas orientadoras para a prescrição dos referidos fármacos^{21,51,52}, existe ainda um número significativo de médicos relutantes à utilização de MOFs na terapêutica dos doentes com dor moderada a forte^{31,42}. Num estudo norte-americano que visava esclarecer a atitude de vários clínicos de cuidados primários em relação à prescrição de MOFs, 35% dos indivíduos questionados revelou que não tomava a referida atitude

terapêutica. Várias investigações que procuraram explicar o porquê desta relutância clínica apontaram a falta de formação específica e a existência de crenças em relação aos MOFs como as principais causas. A possibilidade do desenvolvimento de dependência, o consumo abusivo e depressão respiratória foram os fatores identificados como determinantes na relação dos clínicos com os MOFs. O estudo de Leonor e Romão que visou a análise dos MFs relativamente à prescrição de opióides revelou que 43,2% dos clínicos inquiridos considerou provável o surgimento de comportamentos abusivos por parte dos doentes tratados com MOFs e 39,2% achou provável a ocorrência de dependência³¹.

Uma das mais importantes características estudadas até ao momento é o género do clínico e doente. Foi demonstrada uma forte associação relativa ao fenótipo sexual de médicos e pacientes, sendo que, quando o género é coincidente, existe maior probabilidade de prescrição de analgésicos, particularmente de MOFs. Esta associação poderá em parte ser explicada pelo grau de empatia criado (identidade de género). O clínico tende a transpor-se para casos que se assemelhem à sua própria realidade. Ficou também demonstrado que o género feminino é aquele para o qual são prescritos MOFs com maior frequência. Já comparando as diferenças de prescrição dentro dos MOFs, caso o género de clínico e doente coincida, é provável que seja prescrita uma maior quantidade de fármaco^{11,14,23}.

A idade e o nível de experiência do clínico são dois fatores cujos estudos revelaram exercer forte influência na escolha farmacológica para o tratamento da dor. Médicos mais jovens tendem a prescrever MOFs com maior frequência, bem como aqueles com menor experiência clínica^{11,14}.

A especialidade clínica do prescritor parece exercer influência na escolha terapêutica. Um estudo francês revelou que os oncologistas são mais liberais na prescrição de MOFs, quando comparados com médicos de família²⁸. Há uma menor relutância clínica por parte dos oncologistas relativamente aos efeitos adversos dos opióides

(27% vs 40% dos MF) e sua tolerância (14% vs 30%, respetivamente), bem como o conceito de que outros fármacos são tão efetivos como os MOFs (15% vs 22%, respetivamente)²⁸. Num estudo realizado em 2000 por Weinstein et. al, que avaliou internistas, cirurgiões, anesthesiologistas, psiquiatras e outros clínicos, os psiquiatras revelaram-se como o grupo clínico com menor intolerância à prescrição de MOFs, principalmente no que concerne ao medo do possível desenvolvimento de dependência física e comportamentos aditivos por parte dos doentes⁵³.

A atitude clínica foi avaliada e poderá influenciar o raciocínio médico e consequente terapêutica prescrita. Uma investigação que visou estudar a atitude clínica perante o doente com dor, avaliou a presença e grau de autoritarismo, intolerância à ambiguidade, *locus* de controlo e confiança na tecnologia em clínicos de várias especialidades, entre elas medicina interna, cirurgia geral, anesthesiologia e psiquiatria. Os psiquiatras foram os clínicos que obtiveram menor pontuação, revelando uma atitude de maior tolerância relativamente à prescrição de MOFs, o que vai de encontro à noção que a mesma especialidade tem dos referidos fármacos e que foi discutida previamente. Este estudo revelou que os clínicos não-prescritores de MOFs acreditavam que os opióides fortes não são indicados para doentes com dor não oncológica e que o risco de efeitos adversos e/ou dependência tinham um papel preponderante na sua decisão⁵³.

Conclusão

A DC está a tornar-se um problema cada vez mais preponderante na sociedade atual. Apesar do crescente número de diretrizes que recomendam a prescrição segura de opióides para doentes que se apresentem com dor de intensidade moderada a forte, a relutância clínica no que concerne aos MOFs é ainda um problema de grandes dimensões, que pode colocar em causa a qualidade de vida dos indivíduos com DC. O estigma centrado nos efeitos secundários dos MOFs é perpetuado não só por conhecimentos erróneos mantidos ao longo de vários anos, mas também por um descarte dos formadores médicos a este nível, não atualizando e corrigindo as conceções vigentes. A desinformação da classe médica relativa aos opióides influencia de forma marcante a prescrição destes mesmos fármacos.

Mas não é só a falta de conhecimento relativa aos MOFs que contribui para as diferentes formas de prescrição de analgésicos de diferentes clínicos. Vários estudos concluíram que o género, idade, anos de experiência médica e a especialidade clínica exercem a sua influência, num jogo a que também acrescem as características únicas de cada doente. A interação de todos estes fatores irá influenciar a visão de qualquer indivíduo, principalmente aquele com dor, traduzindo-se em diversas formas de atuação clínica e prescrição analgésica.

A DC é, então, uma das principais causas de morbilidade, com forte impacto para qualquer país ocidental, implicando um elevado custo para o sistema de saúde, para as entidades patronais e para o indivíduo com DC, que, como concluído, é prejudicado no mercado de trabalho.

Não foram encontrados dados relativos à influência das características de médicos e doentes na prescrição de analgésicos, principalmente no que se refere aos analgésicos opióides fortes. Como tal, as conclusões obtidas poderão não corresponder corretamente à realidade portuguesa.

Referências Bibliográficas

1. Azevedo, LF, Costa-Pereira, A, Mendonça, L, Dias, CC, Castro-Lopes, JM (2013) A population based study on chronic pain and opioids utilization in Portugal, PAIN, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.08.022>;
2. Azevedo, LF, Costa-Pereira, A, Mendonça, L, Dias, CC, Castro-Lopes, JM (2013) Chronic Pain and Health Services Utilization: Is There Overuse of Diagnostic Tests and Inequalities in Nonpharmacologic Treatment Methods Utilization?, Medical Care;
3. Azevedo, LF, Costa-Pereira, A, Mendonça, L, Dias, CC, Castro-Lopes, JM (2012) Epidemiology of Chronic Pain: A Population-Based Nationwide Study on Its Prevalence, Characteristics and Associated Disability in Portugal, The Journal of Pain, Vol 13, No 8;
4. Becker, WC, Starrels, JL, Heo, M, Li, X, Weiner, MG, Turner, BJ (2011) Racial Differences in Primary Care Opioid Risk Reduction Strategies, Annals of Family Medicine, Vol.9, No.3, 219-226;
5. Breivik, H, Collett, B, Ventafridda, V, Cohen, R, Gallacher, R (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment, European Journal of Pain, Vol.10, pp:287-333;
6. Burgess DJ, Crowley-Matoka M, Phelan S, Dovidio JF, Kerns R, Roth C, Saha S, van Ryn M (2008) Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain, SocSci Med., Vol.67, No.11, pp:1852-60;
7. Caldwell JR, Rapoport RJ, Davis JC, et al (2002) Efficacy and safety of a once-daily morphine formulation in chronic, moderate-to-severe osteoarthritis pain: Results from a randomized, placebo-controlled, double-blind trial and an open-label extension trial, J Pain Symptom Manage, Vol.23, pp: 278-291;
8. Carey, TS, Freburger, JK, Holmes, GM, Jackman, A, Knauer, S, Wallace, A,

- Darter, J (2010) Race, care seeking and utilization for chronic back and neck pain: population perspectives, *J Pain*, Vol.11, No.4, pp: 343–350;
9. Cavalheiro LM, Gil JA, Gonçalves RS, Pacheco MP, Ferreira PL, Fã L (2011) Measuring the pain impact in adults with a chronic pain condition: adaptation and validation of the Pain Impact Questionnaire (PIQ-6) to the Portuguese culture, *Pain Med.*, Vol.12, No.10, pp:1538-1543;
 10. Chiauuzzi E1, Trudeau KJ, Zacharoff K, Bond K. (2011) Identifying primary care skills and competencies in opioid risk management, *J ContinEduc Health Prof.*, Vol.31, No.4, pp:231-40;
 11. Cintron, A, Morrison, S (2006) Pain and Ethnicity in the United States: A Systematic Review, *Journal of Palliative Medicine*, Vol 9, No 6, pp 1454-1473;
 12. Costa J, Pinto-Gouveia J (2011) Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups, *ClinPsycholPsychother.*, Vol.18, No.4, pp:292-302;
 13. Costa J, Pinto-Gouveia J (2011) The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain, *ClinPsycholPsychother.*, Vol.18, No.1, pp:34-47;
 14. Deepmala, D, Franz, L, Aponte, C, Agrawal, M, Jiang, W (2012) Identification of Provider Characteristics Influencing Prescription of Analgesics: A Systematic Literature Review, *Pain Practice*, Vol 13, No 6, pp 504-511;
 15. EFIC (2001) Europe Against Pain - Declaration on Chronic Pain as a Major Healthcare Problem, a Disease in its Own Right, pp:31-32;
 16. Ferreira-Valente MA, PaisRibeiro JL, Jensen MP (2013) Associations Between Psychosocial Factors and Pain Intensity, Physical Functioning, and Psychological Functioning in Patients With Chronic Pain: A Cross-Cultural Comparison, *Clin J Pain*, Epub ahead of print;
 17. Ferreira-Valente MA, Ribeiro JL, Jensen MP, Almeida R (2011) Coping with

- chronic musculoskeletal pain in Portugal and in the United States: a cross-cultural study, *Pain Med.*, Vol.12, No.10, pp:1470-1480;
18. Gallagher R. (2004) Opioids in chronic pain management: Navigating the clinical and regulatory challenges, *J FamPract.*, Vol.53, No.10;
 19. Gaskin, DJ, Richard, P (2012) The Economic Costs of Pain in the United States, *The Journal of Pain*, Vol.13, No8, pp 715-724;
 20. Gouveia, M, Augusto, M (2011) Custos Indirectos da Dor Crónica em Portugal, *Ver. Port. Saúde Pública*, Vol.29, No.2;
 21. Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WiscMedJ*, 103:13-42.
 22. Hale ME, Fleischmann R, Salzman R, et al (1999) Efficacy and safety of controlled-release versus immediate release oxycodone: Randomized, double-blind evaluation in patients with chronic back pain, *ClinJ Pain*, Vol.15, pp:179-183;
 23. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S (2006) Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department, DOI: 10.1016/j.jen.2006.01.010;
 24. Ivanova JI, Birnbaum HG, Yushkina Y, Sorg RA, Reed J, Merchant S (2013) The prevalence and economic impact of prescription opioid-related side effects among patients with chronic noncancer pain, *J Opioid Manag.*, Vol.9, No.4, pp:239-254;
 25. Johannes, CB, Le, TK, Zhou, X, Johnston, JA, Dworkin, RH (2010) The prevalence of chronic pain of United States adults: results of an Internet-based survey, *J.Pain*, Vol.11, No.11, pp:1230-1239;
 26. Johnson, M, Collett, B, Castro-Lopes, JM, (2013) The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey, *Journal of Pain*

- Research Vol.6, pp 393–401;
27. Kowal, J, Wilson, KG, McWilliams, LA, Péloquin, K, Duong, D (2012) Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence and predictors, *Pain*, Vol.153, No.8, pp: 1735–1741;
28. Larue F, Colleau SM, Fontaine A, Brasseur L (1995) Oncologists and primary care physicians' attitudes toward pain control and morphine prescribing in France, *Cancer*, Vol.76, pp: 2375-2382;
29. Latina R, Sansoni J, D'Angelo D, Di Biagio E, De Marinis MG, Tarsitani G (2013) Etiology and prevalence of chronic pain in adults: a narrative review. *Prof Inferm.*, Vol.66, No.3, pp:151-158;
30. Leadley RM, Armstrong N, Lee YC, Allen A, Kleijnen J (2012) Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain, *J Pain Palliat Care Pharmacother*, Vol.26, No.4, pp:310-320;
31. Leonor, T, Romão, J, (2011) Dor Crónica Não Oncológica: Crenças e Atitudes Referentes à Prescrição de Medicamentos Opióides Fortes nos Cuidados de Saúde Primários, *Revista DOR*, Vol 18, No 1;
32. Leue, C, Buijs, S, Strik, J, Lousberg, R, Smit, J, van Kleef, M, van Os, J (2012) Observational evidence that urbanization and neighbourhood deprivation are associated with escalation in chronic pharmacological pain treatment: a longitudinal population-based study in the Netherlands, *BMJ Open*, 2012;2:e000731.doi:10.1136/bmjopen-2011-000731;
33. Loeser JD (1999) Economic implications of pain management, *Acta Anaesthesiol Scand*, Vol.43, pp:957-959;
34. Mateus, AML, Ferreira, BMA, Monforte, EMM, Ferreira, FMB, Alvarenga, MICSF, Silva, MFV, Leita, MJTPT, Ribeiro, ALA, Fernandes, AM, Dias, HJO, Paulo, JMR, Batalha, LMC (2008) *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*, Ordem dos Enfermeiros-Conselho de Enfermagem;

35. McDonald, DC, Carlson, K, Izrael, D (2012) Geographic Variation in Opioid Prescribing in the U.S., *The Journal of Pain*, Vol 13, No 10, pp 988-996;
36. Morley-Forster PK, Clark AJ, Speechley M, Moulin DE (2003) Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey. *Pain Res Manag*, Vol.8, pp:189-194;
37. Moskowitz, D, Thom, DH, Guzman, D, Penko, Joanne, Miaskowski, C, Kushel, M, (2011) Is Primary Care Providers' Trust in Socially Marginalized Patients Affected by Race?, *J.Gen.Int.Med.*, Vol.26, No.8, pp:846-851;
38. Nampiaparampil, DE, Nampiaparampil, JX (2009) Pain and Prejudice, *Pain Medicine*, Vol 10, No 4, pp 716-721;
39. Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, Portenoy RK (2005) Access to care for chronic pain: racial and ethnic differences, *J Pain*, Vol.6, No.5, pp:301-14;
40. NwokejiEsmond D., Rascati Karen L., Brown Carolyn M, Eisenberg Andrew (2007) Influences of Attitudes on Family Physicians' Willingness to Prescribe Long-Acting Opioid Analgesics for Patients with Chronic Nonmalignant Pain, *ClinTher*, Vol.29, pp: 2589-2602;
41. Platts-Mills, TF, Esserman, DA, Brown, DL, Bortsov, AV, Sloane, PD, McLean, SA (2012) Older US Emergency Department Patients are Less Likely to Receive Pain Medication than Younger Patients: Results from a National Survey, *Ann Emerg Med*. Vol.60, No2, pp 199–206;
42. Potter M, Schafer S, Gonzalez-Mendez E, et al (2001) Opioids for chronic nonmalignant pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF/Stanford Collaborative Research Network, University of California, San Francisco. *JFamPract*, Vol.50, pp:145-151.
43. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truysers C, Kellen E, Bekkering GE, Kleijnen J (2011) Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact, *Curr Med Res Opin.*, Vol.27,

- No.2, pp:449-462;
44. Reid, MC, Henderson, CR, Papaleontiou, M, Amanfo, L, Olkhovskaya, Y, Moore, AA, Parikh, SS, Turner, BJ (2010), Characteristics of Older Adults Receiving Opioids in Primary Care: Treatment Duration and Outcomes, *Pain Med.*, Vol.11, No.7, pp: 1063–1071;
 45. Reis, A, Tudela, M, Jorge, P, Novais, C, Fonseca, C, (2010) Prevalência do Consumo de Analgésicos no Norte de Portugal, *Acta Reumatologia Portuguesa*, Vol.35, pp:434-440;
 46. Safdar, B, Heins, A, Homel, P, Miner, J, Neighbor, M, DeSandre, P, Todd, KH (2009) Impact of Physician and Patient Gender on Pain Management in the Emergency Department – A Multicenter Study, *Pain Medicine*, Vol 10, No 2, pp 364-372;
 47. Smith, M, Davis, MA, Stano, M, Whedon, JM, (2013), Aging Baby Boomers and the Rising Cost of Chronic Back Pain: Secular Trend Analysis of Longitudinal Medical Expenditures Panel Survey Data for Years 2000 to 2007, *J Manipulative PhysiolTher.*, Vol.36, No.1, pp: 2–11;
 48. Tamayo-Sarver, JH, Dawson, NV, Hinze, SW, Cydulka, RK, Wigton, RS, Albert, JM, Ibrahim, SA, Baker, DW (2003) The Effect of Race/Ethnicity and Desirable Social Characteristics on Physician's Decisions to Prescribe Opioid Analgesics, *Acad.Emerg.Med*, Vol 10, No 11, pp 1239-1248;
 49. Turk DC (1996) Clinicians' attitudes about prolonged use of opioids and the issue of patient heterogeneity, *J Pain Symptom Manage*, Vol.11, pp :218-230;
 50. Turk DC, Brody MC, Okifuji EA (1994) Physicians' attitudes and practices regarding the long-term prescribing of opioids for non-cancer pain. *Pain*, Vol.59, pp: 201-208;
 51. Turk, Dennis C., Melzack, Ronald, (2011) *Handbook of Pain Assessment*, Third Edition, The Guilford Press;

52. Veterans Health Administration DoD. (2003) VA/DoD clinical practice guideline for the management of opioid therapy for chronic pain. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Defense;
53. Weinstein SM, Laux, LF, Thornby JI, Lorimor RJ, Hill, CS, Thorpe, DM, Merrill JM (2000) Physicians' attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative, South Med J, Vol.93, No.5, pp:479-487;
54. Weisse CS, Sorum PC, Dominguez RE (2003) The influence of gender and race on physicians' pain management decisions, J Pain, Vol.4, No.9, pp:505-10;
55. Weisse, CS, Sorum, PC, Sanders, KN, Syat, BL, (2006) Do Gender and Race Affect Decisions About Pain Management?, J.Gen.Int.Med., Vol.13, pp: 211-217;
56. Weissman DE, Joranson DE, Hopwood MB (1991) Wisconsin physicians' knowledge and attitudes about opioid analgesic regulations. WiscMedJ, Vol.90, pp:671-675;
57. Young MF, Hern HG, Alter HJ, Barger J, Vahidnia F (2013) Racial differences in receiving morphine among pre hospital patients with blunt trauma, J.Emerg.Med., Vol.45, No1, pp:46-52.